Departamento de Salud del Condado de Clark 517 Court Street, Cuarto 105 | Neillsville, WI 54456

Teléfono: (715) 743-5105 | Fax: (715) 743-5115 | http://www.clarkcounty.wi.gov/healthdepartment

REGISTRO DE ADMINISTRACION DE LA VACUNA COVID-19 PFIZER PEDIATRICA (5-11 AÑOS)

La información obtenida en este formulario se utilizará para documentar la autorización para recibir la vacuna de COVID-19, y se compartirá a través del Registro de Inmunización de Wisconsin (WIR). La información obtenida en este formulario es voluntario y confidencial.

Responda las siguientes preguntas:	**Si**	**No**
1. Tiene el niño entre 5 y 11 años?		
2. ¿Está el niño en este momento enfermo moderada o gravemente con o sin fiebre?		
3. Ha recibido el niños indicaciones del departamento de salud pública que se aislé o se ponga en cuarentena en este momento, debido a la infección o expuesto a COVID-19?		
4. Ha tenido el niño alguna vez una reacción alérgica grave (ronchas, hinchazón, dificultades para respirar o estrés) que haya requerido atención médica o tratamiento con epinefrina (EpiPen) a: ▪ Una dosis anterior de la vacuna de COVID-19 ▪ Un componente de la vacuna COVID-19, que incluye el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y los preparados para procedimientos de colonoscopia) ▪ Polisorbato (que se encuentra en algunas vacunas, tabletas recubiertas y esteroides intravenosos)		
5. Tiene el niño antecedentes de haber sido diagnosticado con SMI-C (Síndrome Inflamatorio Multisistemico en niños?		
6. ¿Tiene el niño un diagnóstico anterior o actual de miocarditis (infartos) o pericarditis (parálisis)?		
7. ¿Está el niño inmucomprometido (tiene un Sistema inmune debilitado)?		

Información sobre el niño que recibe la vacuna COVID-19 (por favor, escriba en letra de imprenta):

Apellido: **Nombre:** **Inicial de 2ª Nombre:** **Edad:**

Fecha de Nacimiento Mes: Día: Año: **Sexo:** Masculino ☐ Femenino ☐ Otro ☐

Etnicidad: Hispano ☐ No Hispano ☐ **Raza:** Blanco ☐ Afroamericano ☐ Asiático ☐ Otro ☐

Dirección: Calle **Ciudad** **Código Postal** **Condado** **Teléfono #**

He respondido a las preguntas anteriores según mi mejor entender. Se me ha ofrecido una copia de la hoja informativa de la vacuna pediátrica (5-11 años) COVID-19 de Pfizer. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de que mi hijo reciba una vacuna aprobada bajo una Autorización de Uso de Emergencia (EUA) de la FDA. Entiendo que si mi hijo se ha realizado un relleno dérmico, puede presentar una hinchazón temporal en el lugar de la inyección o cerca de él (normalmente cara/labios) y me pondré en contacto con el proveedor de atención médica de mi hijo si se desarrolla hinchazón.

Se me ha informado del tiempo necesario para monitorear a mi hijo en caso de reacciones posvacunales en base a sus factores de riesgo. Entiendo que los niños y adolescentes tienen un mayor riesgo de síncope (desmayo), después de cualquier vacuna inyectable. *Si mi hijo está recibiendo una tercera dosis (adicional) de la vacuna, doy testimonio de que cumple los criterios de elegibilidad.* **Solicito que se administre la vacuna COVID-19 a mi hijo.**

Al firmar este formulario, autorizo al Departamento de Salud del Condado de Clark a dar la información necesaria a la compañía de seguros indicada abajo, para procesar este reclamo. Entiendo que no seré responsable de pagar la tarifa de administración de la vacuna COVID-19, si mi compañía de seguros niega el pago o si tengo una compañía de seguros que el CCHD no acepta.

Firma del Padre o Tutor

X _____

Fecha:

STOP - FOR CLINIC/OFFICE USE ONLY			
Vaccine ☐ PFIZER PEDIATRIC (5-11Y) COVID-19	**LOT:** **BUD:**	**Dose** ☐ 0.2 ML	**Injection Site** LD / RD LV / RV
Signature & Title of Vaccine Administrator:		**Date:**	
☐ WIR ☐ Billed			*Updated: 2.22.2022*
INSURANCE INFORMATION			
Primary Insurance Carrier Provider:			
Member ID / Subscriber or ID #:			
Secondary Insurance Carrier Provider (if applicable):			
Member ID / Subscriber or ID # for Secondary Insurance (if applicable):			